

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Karolina Perić

INTELEKTUALNA ONESPOSOBLJENOST

DIPLOMSKI RAD

Osijek, svibanj, 2019.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Izvanredni sveučilišni diplomski studij Ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja

INTELEKTUALNA ONESPOSOBLJENOST

DIPLOMSKI RAD

Predmet: Psihologija odstupajućih ponašanja i doživljavanja u djetinjstvu i adolescenciji

Mentor: Lara Cakić, doc. dr. sc.

Student: Karolina Perić

Matični broj: 0267026496

Modul: Ekologija i nacionalna baština

Osijek, svibanj, 2019.

SAŽETAK

Intelektualna onesposobljenost uključuje teškoće u općim mentalnim sposobnostima koje utječu na funkcioniranje u dvama područjima, a to su intelektualno funkcioniranje (kao što je učenje, rješavanje problema i prosudba) te funkcioniranje u aktivnostima svakodnevnog života kao što su komunikacija i samostalan život. Intelektualna onesposobljenost pogađa oko jedan posto populacije, a od toga oko 85 posto ima blagu onesposobljenost.

Cilj odgoja i obrazovanja djece predškolske dobi s teškoćama u intelektualnom funkcioniranju je sistematski razvoj brige o sebi, spoznaje, motorike, komunikacije, emocionalno-socijalnog ponašanja i igre. Cilj je postići što veći stupanj samostalnosti koji će doprinijeti boljoj integraciji djeteta u svakodnevni život.

Ključne riječi: intelektualna onesposobljenost, kvocijent inteligencije, predškolska dob, učenje.

SUMMARY

Intellectual disability includes difficulties in general mental capacities that affect functioning in two areas, namely, intellectual functioning (such as learning, solving problems and judgment) and functioning in everyday life activities such as communication and self – reliance. Intellectual disability affects about one percent of the population, and about 85 percent of them have mild disability.

The aim of pre-school education of children with intellectual disabilities is the systematic development of self-care, knowledge, motor, communication, emotional-social behavior, and gaming. The goal is to achieve the highest degree of independence that will contribute to a better child integration in everyday life.

Key words: intellectual disability, intelligence quotient, pre-school age, learning.

SADRŽAJ

1. UVOD	4
2. DEFINICIJA INTELEKTUALNIH TEŠKOĆA	5
3. POVIJESNI PREGLED	6
4. PODJELA INTELEKTUALNIH TEŠKOĆA	8
5. ETIOLOGIJA	10
5.1. Prenatalno razdoblje	10
5.2. Perinatalno razdoblje	10
5.3. Postnatalno razdoblje.....	11
6. POSTAVLJANJE DIJAGNOZE	12
7. OBILJEŽJA INTELEKTUALNE ONESPOSOBLJENOSTI	19
7.1. Problemi u ponašanju	19
7.2. Emocije	21
7.3. Učenje	22
7.4. Pamćenje.....	22
7.5. Pažnja.....	24
7.6. Govor	24
7.7. Socijalizacija.....	25
8. DJECA S INTELEKTUALNOM ONESPOSOBLJENOSTI U DJEČJEM VRTIĆU.....	27
9. TERAPEUTSKI RAD S DJECOM S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA.....	29
9.1. Primijenjena analiza ponašanja	29
9.2. Kognitivno-bihevioralna terapija.....	29
9.3. Nevokalna komunikacija	30
9.4. Podučavanje pomoću računala	30
9.5. Terapija medikamentima	30

10.	INTELEKTUALNA ONESPOSOBLJENOST U ODRASLOJ DOBI	31
11.	ZAKLJUČAK	33
12.	LITERATURA.....	34

1. UVOD

Inteligencija (lat. *intellegere* – razabirati, razumijevati) složena je mentalna aktivnost koja pripada kogniciji (lat. *cognoscere* – spoznati). Definicija inteligencije, kao i samih vrsta inteligencije, ima mnogo (Begić, 2014).

Spearman (1904; prema Begić, 2014) je pretpostavio postojanje općeg (generalnog) faktora inteligencije koji sudjeluje u svim intelektualnim aktivnostima, nazvavši ga G-faktorom. Suprotan njemu jest specifični S-faktor koji označuje posebnu sposobnost za neki oblik inteligencije. Cattell (1809; prema Begić, 2014) dijeli generalni faktor na fluidnu i kristaliziranu inteligenciju, tj. onu koja se odnosi na razumijevanje simboličkih odnosa i kreativno rješavanje problema i onu koja nastaje učenjem, obrazovanjem, kulturom, a izražava se znanjem, kognitivnim vještinama te općom informiranošću. Gardner (1983; prema Begić, 2014) navodi devet vrsta inteligencije.

U literaturi se pronalaze brojni termini kojima su se u prošlosti nazivala djeca sniženih intelektualnih sposobnosti. Do tada nazivan mentalnom retardacijom, prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne bolesti (2013), poremećaj je dobio naziv intelektualna onesposobljenost.

2. DEFINICIJA INTELEKTUALNIH TEŠKOĆA

Prema Wenaru (1994) mentalna retardacija je značajno ograničenje u trenutačnom funkcioniranju. Obilježena je značajno ispodprosječnim intelektualnim funkcioniranjem, a usporedno s njom, javljaju se ograničenja u dvama ili više sljedećih područja primjene vještina prilagodbe: komunikacija, briga o sebi, svakodnevni život, socijalne vještine, život u zajednici, planiranje, zdravlje i sigurnost. Dob početka je prije 18. godine.

Teškoće se, prema Medicinskoj klasifikaciji bolesti, definiraju kao stanje zaostalog ili nepotpunog razvoja uma, posebno karakterizirano oštećenjem sposobnosti koje se očituju za vrijeme razvoja, odnosno, sposobnosti koje pridonose cjelokupnom stupnju razvoja inteligencije (mišljenje, govor, motorika i sposobnosti ostvarivanja društvenog kontakta). Medicinska klasifikacija bolesti definira i četiri razine intelektualnih teškoća: laka, umjerena, teža i teška mentalna retardacija (Not, 2008).

Prema DSM IV (1996) mentalna retardacija označava značajno ispodprosječno intelektualno funkcioniranje, praćeno značajnim ograničenjem adaptivnog funkcioniranja s početkom prije osamnaeste godine.

DSM-5 (2013) donosi promjene u nazivu, ali i u dijagnostičkim kriterijima. Naziv mentalna retardacija zamijenjen je nazivom intelektualna onesposobljenost, a identificira se teškoćama u intelektualnom i adaptivnom funkcioniranju. Adaptivno ponašanje predstavlja skup pojmovnih, socijalnih i praktičnih vještina koje je osoba naučila u svrhu funkcioniranja u svakidašnjem životu. Ograničenja u adaptivnom ponašanju utječu na tipična, uobičajena, a ne najbolja ponašanja u svakodnevnom životu i sposobnostima snalaženja u životnim promjenama i zahtjevima okoline. Značajno ograničenje mjera je adaptivnog ponašanja koja na mjernom instrumentu za dvije standardne devijacije odstupa od aritmetičke sredine. Područja adaptivnog ponašanja su komunikacija, briga o sebi, stanovanje, snalaženje u okolini, samousmjerenje, zdravlje, sigurnost, slobodno vrijeme, rad i funkcionalna akademska znanja.

Jesu li i koliko sposobnosti snižene promatra se u skladu s cjelovitom ličnosti i potrebom za individualiziranom potporom, a ne izolirano. Taj termin uključuje oštećenje samo po sebi i mogućnosti koje socijalna okolina osigurava ili, pak, ne osigurava (ograničena aktivnost i prepreke u sudjelovanju) (Sekušak-Galešev, 2010).

3. POVIJESNI PREGLED

Sam naziv *osobe s intelektualnim teškoćama* u sebi krije dugu borbu protiv marginalizacije, izolacije i diskriminacije osoba s poremećajem. Činjenica da je skupina nazvana „osobama“ (što je u povijesti filozofije, kulture i civilizacije bio povlašten termin koji nije uvijek uključivao sve ljude) govori o napretku u odnosu prema tim pojedincima i cjelokupnoj skupini ljudi (Jurić, 2009).

Tijekom razvoja čovječanstva, kroz sve njegove faze, nailazimo na osobe s različitim intelektualnim teškoćama. Stoljećima su takve osobe poistovjećene s duševnim i psihičkim bolesnicima. Kako je pojavnost poremećaja prisutna na svim razinama društva, počela se javljati potreba za brigom i zaštitom osoba s teškoćama. Tijekom povijesnog razvoja društva, djeca s vidljivim nedostacima čak su i ubijana iz potrebe da se plemenska zajednica oslobodi nesposobnog člana, dok je u robovlasničkom društvu ubojstvo djece s većim smetnjama u psihofizičkom razvoju bilo običaj u nekim zemljama, a u pojedinima čak zakonom odobreni postupak (Bančić, 1982). Takav je pripadnik zajednice bio nesposoban za obradu zemlje, lov, razvoj obrta i slično.

Srednjovjekovno društvo gledalo je na duševno bolesne osobe kao na demone te je općenito vladalo uvjerenje da takvi ljudi potječu od duhova ili demona. U srednjovjekovnom dobu pa sve do 18. stoljeća, mirnim je duševnim bolesnicima dopušteno da lutaju bez nadzora, dok su nemirni bolesnici zatvarani u tvrđave i vezani lancima te su katkada, u svrhu „liječenja“ i istjerivanja demona, podvrgnuti raznim metodama mučenja. Ove su mjere bile usmjerene na zaštitu društva od *luđaka*, osobito od onih koji su zbog svoje bolesti postali opasni za vlastiti i tuđi život (Bančić, 1982).

Bančić (1982) navodi i različite nazive kojima su se imenovale osobe s intelektualnim teškoćama, tada *duševno bolesni*. Tako je za kronično duševno oboljele osobe uobičajen bio naziv *umobolni*, a prvi stručni izraz *idiot* (od grčke riječi *idios* - vlastit, osamljen) označavao je sve pojedince nesposobne sudjelovati u svakodnevnom životu. Ime *imbecil*, od latinske riječi *bacillus* (štap), prvobitno se odnosio na sve slabe ljude, prvenstveno tjelesno slabe. Pojmom *kreten* nazivani su teški slučajevi intelektualnih teškoća. Porijeklo riječi *kreten* nije pouzdano utvrđeno, no, naziv „kreten“ prvi se put susreće u 18. st., a zabilježen je kao izraz iz južne Francuske.

Tek je početak 80-tih godina prošlog stoljeća obilježen raznim promjenama u društvu koje će pozitivno utjecati na stjecanje prava osoba s intelektualnim teškoćama. Tada dolazi do niza inovacija na planu reformi odgoja i obrazovanja osoba s intelektualnim teškoćama, donošenja pozitivnih zakonskih propisa i promjena u pristupu u radu koji za cilj ima unapređenje kvalitete života djece i mladeži s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama (Jurić, 2009). Iako je socijalna politika na Zapadu zadnjih nekoliko desetljeća usmjerena ka što potpunijoj integraciji osoba s intelektualnim teškoćama u društvo, osobe s težim intelektualnim teškoćama uglavnom su smještene u posebne ustanove daleko od većih gradskih središta, a mogućnosti uključivanja osoba s lakšim intelektualnim teškoćama u društvenu zajednicu svedene su na nisku razinu. Iako je proces deinstitutionalizacije kao program zaživio, još uvijek njime nije obuhvaćen dovoljan broj osoba. U usporedbi sa skrbi za mentalno zdravlje opće populacije, skrb za osobe s intelektualnim teškoćama u mnogo je lošijem i manje odgovarajućem položaju i može se reći da su osobe s intelektualnim teškoćama najslabiji, najovisniji i najugroženiji članovi svakog društva i kao takve mogu se smatrati mjerilom društvenog razvoja te skrb o njima traži specijalističko stručno znanje i timski multidisciplinarni rad.

O brizi za osobe s intelektualnim teškoćama u srednjem vijeku hrvatske povijesti nema mnogo podataka. Spominju se hospitali, bolnice skromnih mogućnosti, koji su vodili brigu o siromašnima i nemoćnima, ali ne navodi da su se brinuli o duševno zaostalim bolesnicima u koje su se tada ubrajale i osobe s intelektualnim teškoćama. U tim ustanovama, koje su djelovale kao bolnice (a ipak to nisu u potpunosti bile), duševni bolesnici smatrani su opsjednutima i mistificiralo ih se te se iz njih molitvama pokušalo istjerati demone. Postojanje hospitala, tj. ustanova za potrebite, tjelesno i duševno bolesne, seže daleko u prošlost. Prvi hospitali osnovani su u Zapadnoj Europi u 6. i 7. stoljeću, a na području Hrvatske prvi hospital osnovan je najvjerojatnije 559. godine u Zadru koji je tada bio pod bizantskom vlašću (Bančić, 1982).

4. PODJELA INTELEKTUALNIH TEŠKOĆA

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (2008) postoje četiri razine intelektualnih teškoća.

1. lake ili blage intelektualne teškoće: osobe imaju kvocijent inteligencije od 50 do 69. Djeca s lakim ili blagim intelektualnim teškoćama mogu se školovati u redovnom odgojno-obrazovnom okruženju uz prilagođene i/ili posebne obrazovne programe. Zamijećeno je da djeca sa zakašnjenjem stječu jezične vještine, no većina se njima služi u svakodnevnom životu. Do svojih kasnijih mladenačkih godina obično usvajaju akademske vještine do razine šestog razreda osnovne škole, a kada odrastu sposobni su obavljati jednostavnije poslove i imati socijalne interakcije (Soudil-Prokopec, 2015).

2. umjerene intelektualne teškoće: osobe postižu kvocijent inteligencije između 35 i 49. U odgoju i obrazovanju naglasak je stavljen na vještine samostalnog života i brigu o sebi. Potrebna im je kontinuirana podrška u učenju i radu, a u pravilu se ne opismenjavaju u smislu da znaju čitati i pisati, već je dovoljna razina prepoznavanja slova i potpisivanja vlastitog imena što je zapravo vrlo često i jedina moguća razina. Djeca s umjerenim intelektualnim teškoćama najčešće se obrazuju po posebnim programima. Mogu se osposobiti za obavljanje jednostavno strukturiranih zadataka, no ne mogu se u potpunosti samostalno brinuti sami o sebi zbog čega su značajno ovisni o pomoći okoline (Soudil-Prokopec, 2015).

3. teške intelektualne teškoće: osobe postižu kvocijent inteligencije od 20 do 34. Intelektualno funkcioniranje odgovara kronološkoj dobi od tri do šest godina. Toj je djeci potrebna kontinuirana podrška, često imaju pridružene teškoće poput epilepsije, oštećenja vida ili sluha itd. Kod njih se lako može zapaziti usporen i ograničen govorni i psihomotorni razvoj. U pedagoškom i rehabilitacijskom radu naglasak je stavljen na učenje osnovnih vještina brige o sebi. Potrebna im je stalna skrb i kontinuirana podrška. Takva djeca u pravilu ostaju kod kuće ili, eventualno, idu u posebne institucije odgoja i obrazovanja (tzv. centre za rehabilitaciju) gdje im se osigurava svakodnevna terapija i rehabilitacijski rad (Soudil-Prokopec, 2015).

4. duboke intelektualne teškoće: osobe imaju kvocijent inteligencije niži od 20 ili se IQ ne može utvrditi. Vrlo često imaju pridružene teškoće, primjerice teško su pokretni ili u potpunosti nepokretni. Uz to imaju značajna ograničenja u interakciji s okruženjem. Potrebna im je stalna pomoć i njega te su u pravilu vezani uz obitelj ili dom (Soudil-Prokopec, 2015).

Nadalje, Soudil-Prokopec (2015) navodi kako psihologija i rehabilitacija prepoznaje i uvjetnu, petu kategoriju intelektualnih teškoća, a to je tzv. granična inteligencija koja je često

posljedica oštećenja mozga tijekom intrauterinog razvoja ili tijekom samoga poroda, ali se javlja i kao posljedica odgojne zapuštenosti. Takva djeca imaju IQ na graničnoj razini (između 70 i 79), a uz podršku u organiziranju dnevnih obveza mogu uspješno svladati gradivo uz prilagođeni program, završiti srednju školu po prilagođenom programu i samostalno živjeti. Djeca koja imaju graničnu inteligenciju često su svjesni zaostajanja za vršnjacima što ih čini nesretnima. Takav doživljaj samoga sebe predstavlja čimbenik rizika zbog čega je bitno ohrabriti djecu i pomoći im sagraditi kriterije procjene vlastite uspješnosti.

5. ETIOLOGIJA

Etiološki čimbenici mogu biti biološki, psihosocijalni ili kombinirani.

Prema preporuci Američke udruge za mentalnu retardaciju iz 1992. uzroci se mogu podijeliti na tri skupine: prenatalni, koji nastaju od trenutka začeća do poroda, perinatalni nastaju tijekom poroda, i postnatalni, od poroda do 18. godine (Not, 2008).

Velik broj organskih anomalija praćen je intelektualnom onesposobljenošću, a najpoznatija je Downov sindrom. Djeca s ovom anomalijom imaju tri umjesto dva kromosoma 21. Kvocijent inteligencije u velikoj se mjeri razlikuje od duboke do blage retardacije, a mentalna dob ove djece u školskoj dobi otprilike odgovara mentalnoj dobi trogodišnje do petogodišnje djece. (Wenar, 2003).

Čitav niz prenatalnih i postnatalnih čimbenika može oštetiti središnji živčani sustav i dovesti do sniženog intelektualnog funkcioniranja.

5.1. Prenatalno razdoblje

Obuhvaća period od oplodnje do početka poroda, a dijeli se na:

- 1) razdoblje od oplodnje do kraja prvog mjeseca;
- 2) razdoblje koje obuhvaća drugi i treći mjesec trudnoće, kada se razvija embrij, te se za to razdoblje upotrebljava naziv razdoblje embrija. To je razdoblje intenzivne organogeneze i štetni utjecaji koji djeluju u tom razdoblju izazvat će teška oštećenja, odnosno malformacije organa;
- 3) razdoblje koje obuhvaća vrijeme od trećeg mjeseca do poroda. To je razdoblje fetusa u kojem se odvija fina diferencijacija u organima te će štetni utjecaji u tom razdoblju dovesti do strukturalnih promjena na organima.

U literaturi se često nalaze nazivi embriopatija, što obuhvaća oštećenja nastala u drugom razdoblju - razdoblju embrija, i fetopatija, što se odnosi na oštećenja nastala u trećem razdoblju - razdoblju fetusa.

5.2. Perinatalno razdoblje

Obuhvaća vrijeme od početka do završetka poroda. Istraživanja pokazuju da je upravo ovo razdoblje najrizičnije za nastanak malformacija. Uključuju intrauterine i neonatalne

poremećaje poput povreda glave, perinatalnih infekcija. Tako su najčešće traume tijekom poroda krvarenje u mozgu ili moždanim ovojnicama djeteta i hipoksija zbog čega dolazi do oštećenja mozga.

5.3. Postnatalno razdoblje

Obuhvaća period od poroda do 18. godine (Not, 2008). Dijeli se na: doba novorođenčeta, koje traje od rođenja do jednog mjeseca starosti, doba dojenčeta, od jednog mjeseca do godine dana, doba malog djeteta ili doba igre, od jedne do šest godina, i naposljetku doba školskog djeteta, od sedam do devet godina. U ovom razdoblju može doći do povreda glave, infekcija, degenerativnih poremećaja, toksično-metaboličkih poremećaja, neishranjenosti i nepovoljnog utjecaja okoline.

6. POSTAVLJANJE DIJAGNOZE

Prepoznavanje poremećaja i dijagnostika otežana je zbog razlika i nejasnoća u simptomatologiji te zbog teškoća u komunikaciji koje imaju osobe s poremećajem. Nedovoljno upućeni stručnjaci često svode tretman na primjenu lijekova te korekcije i kontrolu ponašanja i to obično dovodi do negativnih rezultata (Došen, 2005)

Prema DSM-5 (2013) intelektualna onesposobljenost je poremećaj koji uključuje intelektualne deficite i deficite adaptivnog funkcioniranja u socijalnom, praktičnom i konceptualnom području, a koji se javlja za vrijeme djetinjstva ili adolescencije. S obzirom da se intelektualna onesposobljenost treba pojaviti prije, time se odbacuju sve promjene inteligencije i adaptivnog ponašanja koje su izazvane traumatskim događajima nastalima u kasnijem razdoblju života. Kod osoba s intelektualnom onesposobljenosti govorimo o nedostacima adaptivnih vještina i općih kognitivnih sposobnosti. Osoba s ovim poremećajem ograničena je u šest područja potrebnih za svakodnevno funkcioniranje. To su: komunikacija, socijalne vještine, akademske vještine, senzomotoričke vještine, vještine samozbrinjavanja i profesionalne vještine. Davison i Neale (2002) navode obilježja svih šest područja.

Komunikacija – djeca s lakom intelektualnom onesposobljenosti zahtijevaju minimalnu pomoć kao što su govorni tečajevi radi učinkovite komunikacije. Za razliku od njih, djeca s težom intelektualnom onesposobljenosti trebaju intenzivne govorne vježbe. One mogu trajati i po nekoliko godina da bi djeca mogla izraziti svoje osnovne potrebe i osjećaje te na taj način ostvariti funkcioniranje u zajednici.

Socijalne vještine - djeca s lakom intelektualnom onesposobljenosti imaju poteškoća sa stjecanjem i zadržavanjem prijatelja. Djeca s težom intelektualnom onesposobljenosti pokazuju nizak stupanj poznavanja socijalnih pravila. Djeca s teškom onesposobljenosti djeluju kao da nisu svjesna drugih ljudi oko sebe, osoba koje im se približe. Pomanjkanje socijalnog ponašanja ne znači da dijete ne reagira na socijalne događaje. Osoba može doživljavati više emocija nego što ih može izraziti. Ove teškoće uvelike otežavaju funkcioniranje u zajednici te prihvatanje socijalnih normi i pravila.

Akademske vještine – usvajanje čitanja, pisanja i matematike predstavlja problem čak i za djecu s lakom onesposobljenosti. Međutim, djeca s lakom intelektualnom onesposobljenosti mogu naučiti računati i tako se osposobljavati za samostalan odlazak u trgovinu i vođenje računa o novcu. Sposobni su čitati recepte, upute za korištenje nekih proizvoda ili popularnu

literaturu. Malo nastavnika pridaje pozornost i vrijeme podučavanju takvim vještinama djecu s intelektualnim onesposobljenostima, no na taj način ona usvajaju funkcionalne akademske vještine poput čitanja znakova i etiketa koje se često nalaze u njihovoj okolini, odnosno u svakodnevnom životu.

Senzomotoričke vještine – mnoga djeca s težom i teškom onesposobljenosti imaju velika motorička i senzorna oštećenja. Ipak, senzomotorička oštećenja nisu čvrsto povezana sa stupnjem intelektualne onesposobljenosti. Mnoga djeca s fizičkim oštećenjem poput djece s cerebralnom paralizom ili djece s oštećenim sluhom mogu djelovati intelektualno onesposobljenima i stoga bivaju stavljena u neadekvatne obrazovne programe. Danas, procjene i rezultati testova bivaju sve točniji i manje je grešaka pri postavljanju dijagnoze.

Vještine samozbrinjavanja – ovakve se vještine usvajaju rutinskim aktivnostima koje se obavljaju svakog dana. To su kupanje, odijevanje, jedenje, korištenje telefona. Djeca s lakom i umjerenom onesposobljenosti usvajaju ove vještine. Djeci s težom onesposobljenosti najčešće je potrebno više vremena i dugi, pojačani treninzi i nadzor kako bi ih usvojili.

Profesionalne vještine – jedan od ciljeva obrazovanja je priprema djece za buduća zvanja. Osobe s lakom onesposobljenosti nakon što završe svoje školovanje, nakon usvojenih vještina potrebnih za jednostavne poslove mogu se zaposliti. Najčešće se radi o jednostavnim, strukturiranim i nadziranim poslovima u zaštitnim radionicama ili obiteljskom poslovanju. Tako mogu obavljati pisarske poslove, poslove održavanja, pranje rublja, pakiranje, rezanje metala, bušenje, ostale poslove na strojevima, rad na farmama, vrtlarenje i drvodjelstvo. Mogu se poučiti i za rad u kućanskim poslovima, ugostiteljskim poslovima (posluživanje 16 jela) te uvježbavanje osoba s težim stupnjem intelektualne onesposobljenosti od njihova vlastita (Davison i Neale, 2002).

Kako navodi Došen (2005), kod osoba s lakom mentalnom retardacijom mogu se naći gotovo svi simptomi i postaviti sve dijagnoze koje se nalaze u djece i odraslih u kojih nije dijagnosticirana mentalna retardacija. Ipak, postoji upadljiva razlika u učestalosti pojavljivanja psihičkih problema i teškoća u ponašanju u usporedbi s općom populacijom. Osobe s lakom mentalnom retardacijom mnogo češće imaju i psihičke probleme i teškoće u ponašanju nego osobe s prosječnom inteligencijom.

Pri pregledu osoba s mentalnom retardacijom, upućenih zbog teškoća u mentalnom zdravlju, treba obaviti opširne somatske, neurološke, a prema indikaciji, i genetske i druge specijalističke pretrage (Došen, 2005).

Kako bi se utvrdilo da li neko dijete ima intelektualnu onesposobljenost ili ne, koriste se testovi inteligencije. Rezultati testova su standardizirani tako da 100 bodova označava prosječnu vrijednost. Rezultati ispod 70 bodova su rezultati ispod srednje vrijednosti populacije i njih se smatra ispodprosječnima u općem intelektualnom funkcioniranju. Ovakav način ispitivanja intelektualne onesposobljenosti kritiziran je zbog nedostatka normativnih podataka za djecu koja ne potječu iz srednje klase ili nisu bijele rase ili imaju kvocijent inteligencije ispod 70. Posljednjih godina psiholozi su nastojali pronaći način kojim bi se na temelju postignuća mlađe djece moglo predvidjeti njihovo intelektualno funkcioniranje. Među načinima predviđanja bilo je mjerenje senzornog i motoričkog funkcioniranja (koordinacija oko-ruka, odgovori na zvukove i drugo). Ove metode, iako su pridonijele spoznajama o tipičnom razvoju i međukulturnim razlikama u ranom djetinjstvu, bile su loš pokazatelj u predviđanju kasnijeg intelektualnog ponašanja, a onda i neefikasnih intervencija ili programa napredovanja. Razvijale su se nove mjere za ispitivanje vizualnog prepoznavanja ili djetetove sposobnosti prepoznavanja poznatih podražaja. Cilj je bio otkriti prepoznaje li dijete već poznati predmet i podražaj u odnosu na novi kojem ipak pridaje veću pozornost. Djetetova sposobnost pamćenja i prepoznavanja vizualnog podražaja bolji je pokazatelj inteligencije za dijete od sedam godina u odnosu na senzomotoričke mjere. Stoga bi se ovakva nova metoda mogla smatrati dobrom za otkrivanje djece kod kojih postoji rizik od usporenog razvoja, a s time povezano i određivanje učinaka ranih programa intervencije i mjerenje kognitivnog funkcioniranja osoba. Osim testova za određivanje kvocijenta inteligencije, moramo uzeti u obzir spoznajne, jezične, motoričke, društvene i druge adaptacijske vještine i ponašanja koje uvelike pomažu stručnjacima u postavljanju dijagnoze i prepisivanju određene terapije. Adaptacija se u običnom govoru podrazumijeva kao prilagođavanje, privikavanje i preuređenje. Ona se sastoji od različitih mogućnosti modifikacije struktura, fizioloških procesa, načina funkcioniranja i ponašanja organizma u skladu sa zahtjevima njegove sredine. Na biopsihološkom planu predstavlja jednostavne mehanizme (tropizmi, refleksi, instinkti) u stresnim i kriznim situacijama (emocije i motivi) te složenije kognitivne procese (percepcija, pamćenje, učenje i mišljenje). Kada govorimo o adaptivnom ponašanju, tada mislimo na vještine koje su povezane s brigom o sebi, usvajanjem pojmova vremena i novca, sposobnosti korištenja priborom, odlaskom u kupovinu, korištenjem javnog prijevoza i usvajanjem

socijalne odgovornosti i samousmjeravanja. Ponekad za procjenjivanje adaptivnog ponašanja u obzir nije uzeta okolina u kojoj se osoba nalazi. Okolina koja okružuje osobu uvjetuje ju da nauči određene poslove i funkcije koje joj pomažu da samostalno obavlja svoj posao. Psiholog Charlesworth (1978; prema Davison i Neale, 2002) istražuje inteligenciju iz perspektive evolucije i vjeruje da je sposobnost prilagodbe na okolinu jako važan čimbenik inteligencije. On smatra da su rezultati na testovima adaptivnog ponašanja valjaniji u određivanju inteligencije od testova u kojima se zahtijeva apstraktno mišljenje. Dijagnozu intelektualne onesposobljenosti treba postaviti onda kada su zadovoljeni određeni kriteriji. To su:

Deficiti intelektualnih funkcija – rasuđivanje, rješavanje problema, planiranje, apstraktno mišljenje, prosuđivanje, akademsko učenje i učenje iz iskustva potvrđeni kliničkom procjenom i standardiziranim testiranjem inteligencije.

Deficiti adaptivnog funkcioniranja – neuspjeh u ispunjavanju razvojnih i sociokulturnih standarda za osobnu neovisnost i socijalnu odgovornost. Nedostatak adaptivnog funkcioniranja ograničava osobu u jednoj ili više aktivnosti poput komunikacije, socijalnog sudjelovanja u okruženjima kao što su škola, posao ili zajednica.

Treći kriterij je početak ovih nedostataka za vrijeme razvojnog perioda. Dijagnoza intelektualne onesposobljenosti najčešće se postavlja u djetinjstvu, a u nekim se slučajevima može otkriti već u majčinoj utrobi uz pomoć amniocenteze. U većini slučajeva, problemi djece s onesposobljenosti bivaju otkriveni tek njihovim polaskom u školu jer se uočava da ne mogu slijediti svoje vršnjake. Takva djeca nemaju očiglednih fizioloških, neuroloških ili fizičkih manifestacija prije razdoblja polaska u školu i zato ju je najbolje uspostaviti pred sam polazak. Proces postavljanja dijagnoze propisan je prema Američkoj akademiji za intelektualnu onesposobljenost (Davison i Neale, 2002).

Prvo kvalificirana osoba na temelju više standardiziranih testova inteligencije i adaptivnih vještina procjeni objektivno intelektualni status pojedinca kroz četiri kategorije:

- intelektualne i adaptivne sposobnosti ponašanja
- psihološko-emotivni status
- okolišni status
- fizički/zdravstveni/etiološki status (Barišić, 2005).

Prve tri se trebaju procijeniti formalnim i neformalnim testiranjem, promatranjem, razgovorom s roditeljima kako bi se utvrdilo socijalno i adaptivno funkcioniranje djeteta. Uz to je potrebno analizirati obitelj, dom i školu. Četvrta dimenzija zahtijeva veći broj specijaliziranih stručnjaka. Prije postavljanja same dijagnoze dobro je pratiti samo dijete kroz dugi vremenski period. Klinički genetičar treba tijekom prve godine dva do tri puta kontrolirati dijete, potom godišnje kontrole do škole i onda svake dvije godine do adolescencije. Dobro je napraviti i reevaluaciju samog bolesnika svakih pet godina zbog primjene novih dijagnostičkih metoda. Kako bi se utvrdilo je li intelektualna onesposobljenost bila nasljedna, potrebno je napraviti i analizirati obiteljsko stablo kroz tri generacije. Uz to, u obzir se uzimaju i mogući izvanjski čimbenici koji mogu dovesti do oštećenja. Uzimamo u obzir i perinatalne podatke kao što su gestacijska dob kod porođaja, procjena zrelosti, tjelesna masa i duljina, opseg glave i drugo. Fizikalni pregled može biti od velike pomoći za samo utvrđivanje onesposobljenosti. Za bolje uspostavljanje dijagnoze, bit će preciznije ako dijete ima neku strukturnu abnormalnost ili dismorfiju. Nalaze treba dokumentirati fotografijama i antropološkim mjerenjima te videokamerom. Uz sam pregled osobe, važno je obaviti i pregled članova obitelji. Jasno i očigledno odstupanje od izgleda članova obitelji prvo je što upućuje na patološko stanje (Barišić, 2005).

Prema Sekušak-Galešev (2010), suvremeni pristup intelektualnim teškoćama mijenja i klasični pristup psihološkoj dijagnozi utvrđivanjem isključivo razine intelektualnih sposobnosti (odnosno kvocijenta inteligencije u svrhu dijagnosticiranja stupnja oštećenja). Tako se psihološka dijagnostika mijenja u kompleksnu procesualnu dijagnostiku u kojoj rezultati ispitivanja intelektualnih sposobnosti predstavljaju samo prvi korak u planiranju podrške, odnosno u maksimalnom poticanju ovih sposobnosti te podizanju razine funkcioniranja osobe. U skladu s tim od presudne je važnosti pravovremeno identificiranje i dijagnosticiranje oštećenja, što nužno znači provođenje dijagnostičkih postupaka s djecom od najranije dobi. Pri tome se koriste različiti pristupi koji se primjenjuju prema svrsi zbog koje se dijagnostika provodi. Prema Sekušak-Galešev (2010), zbog specifičnih ograničenja kod djece/osoba s intelektualnim teškoćama, izbor dijagnostičkih sredstava sužen je u odnosu na prosječnu populaciju. Stoga je potrebno iskustvo i poznavanje psihologije osoba s intelektualnim teškoćama da bi se izvršio primjereni odabir mjernih instrumenata i postavila uspješna dijagnoza. Tradicionalni statistički testovi važan su i neizostavan izvor informacija i segment dijagnostičkog postupka iako nailaze na, dijelom opravdane, kritike u primjeni kod osoba s intelektualnim teškoćama. Prigovori su višestruki. Jednim dijelom su vezani uz

primjenu tijekom koje je ispitivač neutralan, a ispitanik je manje aktivan i manje može eksperimentirati služeći se raspoloživim materijalom. Neki autori smatraju da se tradicionalnim testovima može dosta dobro utvrditi trenutačna razina intelektualnog razvoja, dok drugi smatraju da se maksimalne sposobnosti ispitanika takvim tradicionalnim testovima ne mogu utvrditi. Uslijed posebnosti osoba s intelektualnim teškoćama koje se odnose na brže umaranje, duže vrijeme rada, kratkotrajnu, otklonjivu pažnju, slabu koncentraciju, a uz to i često traumatsko iskustvo djece vezano uz hospitalizaciju, česte preglede, različite ustanove, koje izaziva neodgovarajuće reagiranje u ispitnoj situaciji (strah, odbijanje suradnje, odbijanje kontakta, šutnja), potrebno je zadovoljiti neke preduvjete da bismo grešku u procjeni sveli na najmanju moguću mjeru.

Prije primjene testa valja upoznati ispitanika, o kvaliteti interakcije unutar ispitne situacije često ovisi motivacija za rad djeteta s intelektualnim teškoćama; fleksibilnost u ispitivanju; dovoljno vremena za ispitivanje; česti pozitivan feedback tijekom ispitivanja; intervju sa osobama koje dobro poznaju ispitanika, ponovna provjera anamnestičkih podataka nakon testiranja; oprez pri tumačenju rezultata (neuspjeh na testu može biti posljedica npr. motoričkih i senzoričkih nedostataka kod osoba sa oštećenjem središnjeg živčanog sustava, a ne snižene inteligencije).

Rezultati postignuti na verbalnim testovima moraju se tumačiti oprezno, naročito kod djece odrasle u domovima, supkulturnim sredinama ili traumatskim obiteljskim uvjetima. Važno je uvijek imati na umu da je kvocijent inteligencije rezultat broja riješenih zadataka na što može utjecati strah, oklijevanje, sporost ili nerazumijevanje uputa.

Sekušak-Galešev (2010) također navodi testove u psihološkoj praksi za utvrđivanje kvocijenta inteligencije osoba s intelektualnim teškoćama. Od navedenih testova sposobnosti, REWISC (Revidirana skala za mjerenje inteligencije djece po principima Wechslera) je pokazao bolja diferencijalno-dijagnostička svojstva kod osoba s intelektualnih teškoća, a važno je naglasiti da u njihovoj primjeni uvijek treba analizirati odnos ukupnog rezultata (koji npr. upućuje na intelektualne teškoće) i moguću izrazitu neujednačenost profila, pa se u nekim subtestovima dostiže čak i prosječan rezultat; te kvalitativnu analizu načina rješavanja problema, jer je moguće da se ne radi o intelektualnim teškoćama već o nekoj specifičnoj teškoći. Kao dopuna utvrđivanju kognitivnih sposobnosti osoba s intelektualnim teškoćama često se primjenjuje i Bender-Gestalt test - razvojni sistem ocjenjivanja po Koppitzovoj. U primjeni su još i drugi tradicionalni testovi, zavisno od mogućnosti ustanova unutar kojih se ispitivanje provodi.

Uobičajeni mjerni instrumenti za utvrđivanje psihičkog profila, emocionalnog razvoja ili socijalne prilagodbe djece i odraslih najčešće nisu pogodni za primjenu kod osoba s intelektualnim teškoćama. Stoga u tu svrhu, uz pretpostavku dobrog poznavanja osobina populacije s intelektualnim teškoćama, mogu poslužiti neki dijagnostički instrumenti prilagođeni kod nas za primjenu kod djece i odraslih osoba s intelektualnim teškoćama (Sekušak-Galešev, 2010).

Model i intenzitet podrške određuje se individualno prema karakteristikama svakog pojedinca. Podrška može biti povremena (kratkotrajna pomoć, epizodna u situaciji izmjene životnih okolnosti), djelomična (moguća kao vremenski ograničena, ali ne i sporadična pomoć), opsežna (nije vremenski ograničena), redovita (u određenim situacijama i potrebama) i na kraju sveobuhvatna (potrebna trajno i u velikoj mjeri te u svim situacijama tijekom života) (Not, 2008). Tijekom rada s djetetom ili odraslom osobom s intelektualnim teškoćama, psiholog mora uzeti u obzir i dodatne faktore koji mogu utjecati na tijek ispitivanja i uspjeh djeteta, odnosno odrasle osobe. To su jezične različitosti, različitosti u komunikaciji i ponašanju, ali i znanju koje proizlazi iz kulturalnih razlika te različitog obiteljskog i vršnjačkog okruženja.

7. OBILJEŽJA INTELEKTUALNE ONESPOSOBLJENOSTI

7.1. Problemi u ponašanju

Pri samom dijagnosticiranju nepoželjnih oblika ponašanja osoba s intelektualnom onesposobljenosti koristi se veći broj standardiziranih i nestandardiziranih skala procjene. Razlikujemo nekoliko vrsta poremećaja u ponašanju. Negativističko-destruktivno ponašanje je problematično ponašanje koje nastaje u životnom razdoblju od 2 do 4 godine. Ono što ga karakterizira su: izraziti motorički nemir i kaotično ponašanje, stalno traženje pažnje često na izazivački, negativan način, destruktivnost prema materijalnim objektima i agresivnost prema drugoj djeci, izražena tvrdoglavost i nepodnošenje odgađanja ugone, dijete se ne zna samo zabavljati i igrati, problemi s hranjenjem i spavanjem, problemi kontrole sfinktera te zaostatak razvoja govora. Takvo ponašanje može godinama ostati nepromijenjeno sve do školske dobi ili čak kasnije. Hiperkinetički sindrom česta je dijagnoza kod djece s intelektualnom onesposobljenosti. Simptomi su upadljiv motorički nemir, slaba mogućnost pažnje, niski prag frustracije, porast nemira s intenzitetom senzoričkih podražaja. Radi se o funkcionalnom poremećaju frontalnog dijela korteksa. Agresivno ponašanje češće se pojavljuje kod djece s intelektualnom onesposobljenosti. Uzroci ovakve vrste ponašanja su disfunkcija određenih dijelova mozga, naučena reakcija u određenim okolnostima, obrambeni mehanizam kod frustracija i prijetećih situacija te određena psihička oboljenja (Došen, 1994).

Autoagresivno ponašanje javlja se u 5 – 10% slučajeva djece s teškoćama. Najveći broj su djeca s težom intelektualnom onesposobljenosti. Uzroci mogu biti primitivna forma izražavanja agresivnosti, posljedica intenzivne autostimulacije, posljedica poremećene interakcije s okolinom, poremećaj metabolizma, simptom nekih psihičkih oboljenja. Takvo ponašanje možemo promatrati kao jedan simptom biološkog, psihičkog ili socijalnog poremećaja. Svaki od ovih čimbenika zahtjeva drugi terapijski pristup. Menolascino (1994; prema Došen, 1994) je podijelio oblike poremećaja u ponašanju koja se javljaju kod djece s intelektualnim onesposobljenostima. Tako imamo primitivno, atipično i abnormalno ponašanje. Primitivno ponašanje pojavljuje se kod djece s težom i teškom intelektualnom onesposobljenosti. Djeca jako slabo koriste neke osjetne modalitete poput dodira, često su im neobični pokreti, čupkanje, lizanje predmeta i stavljanje u usta. Pokazuju vrlo slabu interpersonalnu komunikaciju što može sugerirati da se radi o psihozi. Međutim, osobe mogu u prikladnim uvjetima tijekom vremena razviti kontakt očima i biti u interakciji s ispitivačem

što nikako nije slučaj kod psihoze. Predlaže se da rad s takvom djecom bude usmjeren na razvojno – edukacijske programe, a terapija ponašanja i terapija lijekovima bude korištena samo po potrebi. U atipičnom ponašanju djeca pokazuju slabu emocionalnu kontrolu, sklonost manipuliranju drugima, prkos, svojeglavost, sklonost kršenju društvenih normi te općenito slabu interpersonalnu adaptaciju. Najčešće se javlja kod kulturno-obiteljske intelektualne onesposobljenosti. Važno je poznavati obiteljsku sredinu i njene oblike ponašanja kako bi se moglo procijeniti jesu li atipična ponašanja djeteta atipična i za njegovu obitelj ili je njegovo ponašanje tipično za užu socijalnu grupu kojoj pripada. Potrebno im je omogućiti socijalni razvoj u prikladnoj sredini s pružanjem pozitivnih iskustava u interpersonalnim aktivnostima i dovođenje osobe do realnih očekivanja u odnosu na sebe i druge. Terapija lijekovima koristi se samo u nekim slučajevima, kod izrazite agresivnosti, nemira ili autoagresivnosti. Abnormalno ponašanje sadrži tendenciju psihotičnog ponašanja. Karakteristike su mu nekomunikativan govor, slabo razlikovanje živih od neživih predmeta, identifikacija s neživim predmetima, devijantna afektivna ekspresija, slabi odnosi s vršnjacima, pasivno prepuštanje vanjskim utjecajima i izraženi negativizam. Sekušak (1991) opisuje istraživanje u kojemu je cilj prikazati strukturu kognitivnih sposobnosti ispitanih zadacima Piagetovog tipa, u djece i adolescenata s umjerenim, težim i teškim intelektualnim teškoćama kod kojih je utvrđena prisutnost nepoželjnih oblika ponašanja. U prostoru Skale za ispitivanje senzomotorne inteligencije izoliran je faktor senzomotornog razvoja, a u prostoru ispitivanje predoperacionalnog mišljenja faktor konzervacije i faktor definiran snalaženjem u prostornim odnosima.

Oubrahim i Combalbert (2019) proveli su istraživanje u Francuskoj, na uzorku od 305 djece, adolescenata i mladih s intelektualnom onesposobljenosti s ciljem istraživanja koliko se ponašanja, prema inventaru problema u ponašanju, pojavljuje u ispitnom uzorku. Inventar problema u ponašanju procjenjuje tri tipa ponašanja kod osoba s intelektualnom onesposobljenosti. To su ponašanja koja štete sebi (osam stavki), agresivno, odnosno destruktivno ponašanje (10 stavki) i stereotipno ponašanje (12 stavki). Podatci pokazuju da se učestalost i težina ponašanja razlikuju ovisno o razini intelektualne onesposobljenosti. Francuska verzija skale također se može koristiti za istraživanje i kliničku procjenu poremećaja povezanih s intelektualnom onesposobljenosti.

Mamić i Fulgosi-Masnjak (2014) provele su istraživanje kojemu je cilj bio utvrditi povezanost između indikatora psihopatologije i socijalne zrelosti djece i mladih s poremećajima iz autističnog spektra i djece i mladih s većim intelektualnim teškoćama. Utvrđena je povezanost

između indikatora psihopatologije i razine adaptivnog ponašanja kao pokazatelja socijalne zrelosti u oba uzorka ispitanika. Kod djece koja su imala više indikatora psihopatologije bila je niža razina adaptivnog ponašanja. Problemi ponašanja kao indikatori psihopatologije pokazali su se statistički značajno ovisni o dostignutoj razini socijalne zrelosti i u djece i mladih s PAS-om i onih s intelektualnim teškoćama. Dobiveni su rezultati komplementarni onima dobivenim u sličnim istraživanjima u svijetu. Utvrđeni indikatori mogu biti temelj za procjenu i očuvanje mentalnog zdravlja djece i mladih s PAS-om i djece i mladih s intelektualnim teškoćama.

7.2. Emocije

Kocijan-Hercigonja (2000) navodi kako se, ne tako davno, za osobe s intelektualnim teškoćama smatralo da ne mogu imati emocionalnih teškoća jer su na niskom stupnju emocionalnog razvoja. Zatim se smatralo da su emocionalne teškoće normalan dio kliničke slike, a ne one koje se mogu prevenirati i tretirati. Istraživanje Scotland, Cossar, McKenzie (2015) provedeno na 23 odrasle osobe i 23 osobe iz kontrolne skupine koje su imale zadatak prepoznati određene emocije ljudi, pokazuje da osobe s intelektualnim teškoćama doista imaju deficit u prepoznavanju ekspresija ljudi. Osobe bez intelektualnih teškoća imale su značajno bolje rezultate. Ipak, dostupnost kontekstualnih informacija poboljšala je prepoznavanje emocija osobama s intelektualnom onesposobljenosti. U drugom istraživanju autori Scotland, Cossar i McKenzie (2015) dobili su slične rezultate. Odrasle osobe s intelektualnom onesposobljenosti relativno su slabije u prepoznavanju izraza lica u usporedbi s odraslima ili djecom bez intelektualnih teškoća. U istraživanju Baurain i Nader-Grosbois (2015) ispitivali su veze između obrade društvenih informacija i emocionalne regulacije u 45-ero djece s intelektualnim teškoćama i 45 djece tipičnog razvoja. U obje skupine dobivene su razlike s obzirom na razvojnu dob djece. S obzirom na dobivene rezultate, djeca s intelektualnim teškoćama mogu obrađivati društvene informacije, kao i uvažavati društvena pravila. Boström, Broberg i Hwang (2009) ispitivali su razlike u opisima roditelja čijoj je djeci u ranoj dobi dijagnosticirana intelektualna onesposobljenost. Emocionalna iskustva majki razlikuju se u odnosu na djecu tipičnog razvoja. Opisi majki djece s intelektualnim teškoćama imaju tendenciju da budu negativniji u odnosu na majke djece tipičnog razvoja. Kako navode Zaja i Rojahn (2008) tumačenje emocija lica nužna je vještina koja nam omogućuje da se krećemo u našem društvenom okruženju. Poremećaj autističnog spektra

karakteriziraju nedostaci u sociokognitivnim sposobnostima općenito, a posebno u prepoznavanju emocija. Međutim, manje je istraživanja provedeno na osobama s intelektualnim teškoćama. Istraživanje prepoznavanja emocija kod osoba s intelektualnim teškoćama može se podijeliti u dvije široke kategorije: studije o uzrocima deficita prepoznavanja emocija (tj. primarni deficiti ili sekundarne pojave) i studije o učincima deficita prepoznavanja emocija (implikacije u ponašanju). Nedavna istraživanja o uzrocima još nisu donijela konačne zaključke, a trenutno istraživanje specifičnih učinaka ograničeno je na agresivnost i bijes. Postoje dokazi da pojedinci s intelektualnim teškoćama heterogene etiologije (isključujući PAS) imaju nedostatke prepoznavanja emocija koji ne mogu biti u potpunosti objašnjeni kognitivno-intelektualnim sposobnostima.

7.3. Učenje

Zaostajanje u inteligenciji započinje u dojenaštvu. Ograničeni broj istraživanja obrade podataka upućuje na to da je dojenčad manje učinkovita u obradi vidnih podataka u odnosu na dojenčad tipičnog razvoja. Posljedično tome, i dojenčad i trčkarala su ustrajnija i pažljivija, no sporija u prebacivanju na nove obrasce i po izboru novog. Struktura inteligencije ne sliči strukturi kod djece tipičnog razvoja. Tijekom tipičnog razvoja, različite su kognitivne vještine više ili manje na istom stupnju razvoja, dok je kod djece s teškoćama razvoj nejednolik. Što se tiče rješavanja problema, ono obično zahtijeva pažnju, apstrakciju, planiranje i logičko razmišljanje. Ista nesposobnost stvaranja odgovarajućih pretpostavki, koja je obilježje učenja diskriminacijom kod djece s intelektualnom onesposobljenosti, također utječe na uspješnost u složenijim zadacima rješavanja problema. I premda se djecu s intelektualnom onesposobljenosti može naučiti da uspješno rješavaju pojedine probleme, ona najčešće ne poopćuju takve spoznaje na druge slične probleme, tako da je za njih svaki zadatak nov i mora se svladati potpuno iznova (Wenar, 2003).

7.4. Pamćenje

Prema Wenaru (2003) nema dokaza da bi djeca s intelektualnim teškoćama imala oštećenje kratkoročnog pamćenja. Situacija je što se tiče dugoročnog pamćenja mnogo složenija jer dugoročno pamćenje ovisi o upotrebi različitih strategija kojima je cilj pomoć u održavanju i organiziranju primljenih podataka. Ove strategije jesu ponavljanje, povezivanje i grupiranje, a

one se nalaze pod voljnom kontrolom. Ponavljanje se jasno može vidjeti kod opetovanja svake nove čestice uz već postojeće, npr. prilikom niza brojki dijete može razmišljati na sljedeći način: „šest, šest-tri, šest-tri-osam“ itd. Istraživanja upućuju na to da djeca s intelektualnom onesposobljenosti imaju poteškoća u ponavljanju. Kad ih se vježba, njihovi se rezultati popravljaju, no oni neće spontano koristiti ovu pomoć.

Pamćenje se poboljšava kad se podatci organiziraju na smislen način što je strategija koju nazivamo grupiranje. Kad djetetu s prosječnim intelektualnim sposobnostima pokažemo, npr. popis riječi koje se nalaze u tri kategorije, no navedene slučajnim redom, dijete će ih nastojati zapamtiti po kategorijama, npr. nakon riječi „pas“ dijete će navoditi druge riječi kojima imenujemo životinje, a nakon riječi „jabuka“ navest će druge kojima imenujemo hranu. I premda djeca s teškoćama mogu naučiti ovu strategiju, ona ju neće spontano koristiti.

Pamćenje također potpomaže strategije povezivanja. Model istraživanja ovdje je učenje povezivanjem u parove. Prvo se pokažu dva podražaja, nakon čega se pokaže samo jedan od njih, a od djeteta se traži da se prisjeti i onog drugog. Učenje povezivanjem u parove može se poboljšati ako dijete poveže ova dva podražaja na neki smislen način, npr. sunce i ptica mogu se lako povezati izrazom „sunce obasjava pticu“. Uvježbavanje da im to prijede u naviku donijelo je samo ograničene uspjehe i pokazalo se učinkovitim samo kod lakših intelektualnih teškoća (Begić, 2014).

Što se tiče metakognicije i metapamćenja, stopa poboljšanja s godinama različita je u osoba s teškoćama. Izvršne funkcije označavaju djetetovu sposobnost odabiranja, praćenja, prosudbe i ispravljanja strategija, ovisno o situaciji. Izvršno funkcioniranje može biti jedan od glavnih elemenata u razumijevanju intelektualne deficijentnosti.

Prema autorima Vicari, Constanzo i Menghini (2016), pamćenje je jedan od najistraživanijih procesa kod osoba s intelektualnim teškoćama, a studije su zabilježile ozbiljne deficite u njegovom funkcioniranju. Rezultati o kratkoročnom pamćenju i radnoj memoriji također su pokazali razlike u profilima koji se odnose na specifičnu etiologiju intelektualnih teškoća. Prema Schuchardt, Gebhardt i Mäehler (2010) posljednjih godina bio je povećan istraživački interes za funkcioniranje radne memorije osoba s intelektualnim teškoćama. Rezultati su pokazali deficite u sve tri komponente radne memorije i ti su se deficiti povećavali sa stupnjem intelektualne teškoće.

Altgassen i Kliegel (2014) u svojem se istraživanju usredotočuju na dvije središnje kognitivne funkcije: pamćenje i izvršno funkcioniranje. Izvršne funkcije ključne su za samoorganizirano ponašanje i njegovo upravljanje u osobnom, društvenom i profesionalnom životu te je i na ovome području vidljiv određen deficit u osoba s intelektualnim teškoćama, ovisno o stupnju intelektualnih teškoća.

Kako navode Carretti, Belacchi i Cornoldi (2010), izvršne funkcije prisutne su u aktivnostima koje nisu automatizirane. U istraživanju na 28 odraslih (15 muškaraca i 13 žena) nepoznate etiologije intelektualne onesposobljenosti dobiveni rezultati pokazuju razlike u ovim funkcijama koje su vidljive s obzirom na različite stupnjeve teškoća.

7.5. Pažnja

Prema Wenaru (2003), djeca s intelektualnom onesposobljenosti mogu imati temeljni deficit pažnje. Mogu imati sporije vrijeme reakcije u eksperimentima jednostavnog vremena reakcije koji su uključivali pripremni signal, kao što je zujalica, nakon kojeg je uslijedio podražaj, npr. svjetlo na koje bi osoba trebala reagirati što je brže moguće, npr. pritiskom na dugme. Druga vrsta dokaza za smanjenu sposobnost održavanja odgovarajuće razine pažnje jest povećanje gledanja uokolo, kako u jednostavnim, tako i u složenim zadacima.

Prema Memišević i Sinanović (2015) Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD) čest je kod djece sa intelektualnim teškoćama. Cilj njihovog istraživanja je bio ispitati učestalost ADHD-a kod djece s intelektualnim teškoćama u Bosni i Hercegovini s obzirom na spol, etiologiju i razinu. Podaci su prikupljeni kroz pregled medicinske dokumentacije. Uzorak je činilo 167 djece koja pohađaju dvije specijalne škole u Sarajevu. Ukupna učestalost ADHD-a bila je 20,4%, rezultat koji je u skladu sa postojećim studijama. Rezultati ovog rada pokazali su drugačiji omjer poremećaja kod dječaka i djevojčica (1,5:1). Razlika u učestalosti ADHD-a proizašla je u odnosu na nivo teškoća.

7.6. Govor

Jezik odgovara razvojnog modelu kašnjenja bez devijacija, premda se svi aspekti ne mogu reducirati na ovu jednostavnu formulu. Ova dojenčad, poput njihovih vršnjaka, više voli ljudski glas i draže im je majčino tepanje nego njezin odrasli govor, no imitacija je slabija,

kao i razumijevanje govora. U kasnijem razdoblju, premda će malo djece čitati u dobi od 5 godina i imat će ograničene vještine pisanja, većina neće napredovati iznad stupnja jednostavnih fraza i gramatičkih struktura koje se mogu naći kod dvogodišnjaka i trogodišnjaka s tipičnim razvojem. S druge strane, leksičko značenje (rječnik) je razmjerno nepogođeno. Mogućnost komuniciranja, održavanja teme i preuzimanja riječi odgovarajuće su s obzirom na mentalnu dob (Wenar, 2003).

Farago (2007) je provodila istraživanje kojim su obuhvaćene skupine ispitanika s intelektualnim teškoćama, osobe s Downovim sindromom te osobe prosječnih intelektualnih sposobnosti (kontrolna skupina). Skupine su bile izjednačene prema kriteriju dobi i spolu. Dob se kretala od 7 do 11 godina, a cilj istraživanja bio je utvrditi obilježja glasa djece s intelektualnim teškoćama i Downovim sindromom, te postoje li specifična obilježja koja razlikuju ispitane skupine djece. Glas djece snimljen je digitalnom tehnikom i analiziran. Za ispitivanje razlika upotrijebljena je diskriminativna analiza. Rezultati su pokazali statistički značajne razlike između skupine s intelektualnim teškoćama, Downovim sindromom i kontrolne skupine. Uočeno je da djeca s intelektualnim teškoćama foniraju znatno kraće, a i vrijeme frikcije glasova /s/ i /z/ je kraće, na malim ostacima daha. Najveće razlike dobivene su u varijablama koje pokazuju odstupanja u respiracijskoj i laringealnoj funkciji vokalnog mehanizma te postoji razlika u akustičkim i aerodinamičnim obilježjima u odnosu prema kriteriju stupnja mentalne retardacije. Porastom stupnja mentalne retardacije vrijeme fonacije i frikcije skraćuje se i povećava se prisutnost šuma.

7.7. Socijalizacija

Dijete putem socijalizacije, u međudjelovanju sa svojom društvenom okolinom, usvaja društvene norme i zahtjeve koji su mu potrebni da bi funkcioniralo kao član društva. Prema Zuliani i Juričić (2010) važnost procesa socijalizacije još više dolazi do izražaja kod djece s intelektualnim teškoćama budući da oni uče kroz konkretne primjere i osobno iskustvo, a socijalni kontakt i interakcije upravo to i omogućuju. Djeca s lakšim intelektualnim teškoćama ovisna su o mišljenju odraslih osoba koje ih okružuju, prihvaćaju socijalna pravila ponašanja, osjećaju i sprovode lojalnost i poštovanje prema osobama koje su važne u njihovom okruženju te imaju želju i potrebu pripadanja društvu ili pojedinoj grupi. Isto tako i djeca s umjerenom intelektualnom onesposobljenosti pokazuju interes za vršnjake koji ih okružuju i čine njihovu svakodnevicu, no često se poistovjećuju i identificiraju s nekom bliskom značajnom osobom te postanu „ovisni“ o njoj. Za razliku od njih, djeca s teškom

intelektualnom onesposobljenosti ne pokazuju interes za vršnjake već su ovisni o bliskim osobama kao što su roditelji ili odgojitelji. Duboka intelektualna onesposobljenost karakterizirana je ozbiljnim ograničenjima u komunikaciji i pokretljivosti te potrebi za stalnom pomoći i njezi što se u socijalnoj sferi očituje u potrebi za psihofizičkom homeostazom te u nedostatku interesa za materijalnu okolinu. Socijalna integracija temeljni je princip normalizacije osoba s intelektualnim onesposobljenostima. Većina osoba može imati zdrav psihički život ako su prihvaćene u društvu i primjereno uključene u interakciju s okolinom, odnosno, ako imaju pozitivno subjektivno iskustvo (Not, 2008).

8. DJECA S INTELEKTUALNOM ONESPOSOBLJENOSTI U DJEČJEM VRTIĆU

Kongres Sjedinjenih Američkih Država 1975. godine prihvaća zakon 94 – 142 o obrazovanju sve djece s hendikepom. Ovaj je zakon omogućio djeci između tri i dvadeset i jedne godine prikladno obrazovanje i integraciju u društvo. Društvo i okolina uvelike pružaju potporu i pomoć učeniku u mentalnom, fizičkom i socijalnom razvoju (Davison i Neale, 2002).

Prema Zuliani i Juričić (2010) cilj odgoja i obrazovanja djece predškolske dobi s teškoćama u mentalnom razvoju je razvoj brige o sebi, spoznaje, motorike, komunikacije, emocionalno-socijalnog ponašanja te igre da se postigne što veći stupanj samostalnosti koji će doprinijeti boljoj integraciji djeteta u svakodnevni život. Prioritet odgoja i obrazovanja djece s intelektualnim teškoćama je, između ostalog, poticanje njihovog psihičkog i fizičkog razvoja, adaptivnih sposobnosti te sposobnosti prilagođavanja na novo okruženje, novonastale situacije čime se potiče i proces njihove socijalizacije. Zrilić (2011) navodi kako je glavni cilj u obrazovanju smanjenje osjećaja neuspjeha što se postiže osiguravanjem uspješnosti i uvježbavanjem prikladnih oblika ponašanja.

Potrebno je prepoznati i razumjeti individualne kognitivne karakteristike djeteta i sukladno s njima postaviti realne ciljeve i ishode programa. Trening socijalnih vještina koji uključuje modeliranje, igranje uloga, pozitivno potkrepljenje, ponavljanje i vježbu doprinosi stvaranju pozitivnih odnosa, suočavanju sa zahtjevima situacije i otkrivanju vlastitih potreba, želja i interesa kod djece s intelektualnom onesposobljenosti. Jedan od načina stvaranja komunikacije i suradnje među djecom je korištenje igrališta i igara na otvorenom prostoru. Odgajatelji jednostavnim intervencijama potiču na zajedničku igru čime igralište postaje pogodnim za poticanje motoričkih, kognitivnih, socijalnih i govornih sposobnosti kod djece s intelektualnim i drugim vrstama poteškoća (Zuliani i Juričić, 2010).

Većina se autora slaže da je za razvijanje uspješne socijalizacije, ali i drugih sposobnosti kod djece s intelektualnim teškoćama važno imati dobro strukturirani program rada te koristiti individualizirani pristup koji omogućuje da se način rada prilagodi potrebama i potencijalima (kognitivni stil, strategije učenja i slično) svakog djeteta. Nadalje, naglašava se da procjena intelektualnih sposobnosti djeteta na temelju kvocijenta inteligencije nije dovoljna već da je za izradu uspješnog programa rada s djecom s teškoćama potrebno prepoznati i razumjeti individualne kognitivne karakteristike djeteta te, sukladno njima, postaviti realne i specifične

ciljeve i ishode programa. Teškoće se otkrivaju tek polaskom u školu gdje se, na temelju opservacije, određuju primjereni oblici školovanja. Iako postoje pozitivni pomaci prema odgoju i obrazovanju djece s teškoćama u razvoju u odnosu na prošlost, odgojno obrazovni sustav još uvijek nedovoljno zadovoljava potrebe djece s intelektualnim teškoćama.

9. TERAPEUTSKI RAD S DJECOM S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA

9.1. Primijenjena analiza ponašanja

Mnogi terapeuti u radu s djecom koriste metode terapije ponašanja, a najčešće primijenjenu analizu ponašanja i kognitivnu – bihevioralnu terapiju. Prema Davison i Neale (2002) primijenjena analiza ponašanja koristi se kako bi djecu s teškom intelektualnom onesposobljenosti poučili adaptivnim vještinama. To su komunikacijske vještine, samopomoć te socijalne i profesionalne vještine. Djecu s težom i teškom onesposobljenosti potrebno je poučiti osnovnim vještinama kao što su samostalno hranjenje, pranje, odijevanje te vođenje računa o eliminatornim funkcijama. Terapeut svoju poduku započinje s analizom i dijeljenjem ciljanog ponašanja na male komponente. Primjerice, uzmimo hranjenje: uzimanje žlice, zahvaćanje hrane žlicom, prinošenje žlice ustima, uzimanje hrane u usta, žvakanje i gutanje hrane. Primjenjuju se principi instrumentalnog uvjetovanja. Tako dijete može biti potkrijepljeno za približno uspješno obavljeni zadatak. Ova se analiza ponašanja koristi kako bi se smanjila neprimjerena i samopovređujuća ponašanja. Stjecanje osnovnih vještina može djetetu s intelektualnom onesposobljenosti omogućiti normalan život kod kuće, ali i izvan obiteljskog doma te omogućiti funkcioniranje u društvu.

9.2. Kognitivno-bihevioralna terapija

Najviše se primjenjuje u radu s djecom lake i umjerene intelektualne onesposobljenosti kako bi se unaprijedilo njihovo kognitivno funkcioniranje jer imaju velikih teškoća u primjeni strategija rješavanja problema iako ih ponekad i znaju. Zato se koristi uvježbavanje samoinstrukcija utemeljeno na radu Vygotskog. Ovo uvježbavanje pomaže djeci da uz pomoć govora vode svoje ponašanje. Vygotski (1960; prema Davison i Neale, 2002) kognitivni razvoj djeteta vidi kao društveno posredovani proces koji ovisi o pomoći odraslih osoba i zrelije djece. On smatra da svako dijete može mnogo više naglašavajući razliku između postojećeg stupnja razvoja i onoga što dijete može postići uz pomoć posrednika. Uvježbavanje samoinstrukcija opisuje se u pet koraka. Instruktor zadatak izvodi glasno govoreći sam sebi upute, a dijete ga sluša i gleda. Zatim dijete ponavlja isti zadatak dva puta. Prvo naglas samo sebi daje upute, a drugi put šapćući. Dijete na kraju biva sposobno izvesti zadatak izgovarajući upute samom sebi. Samoinstrukcije pomažu djeci pri učenju

samokontrole, usmjeravanju pažnje i usvajanju akademskih vještina. Uvježbavanje samoinstrukcija korisno je i pri podučavanju metakognitivnih vještina, odnosno učenju zbrajanja i oduzimanja (Davison i Neale, 2002).

9.3. Nevokalna komunikacija

Za podučavanje osoba s težom onesposobljenosti koristi se znakovni jezik i druge nevokalne metode. Tako se primjenjuju pomagala za gluhe i nijeme. To su američki znakovni jezik i komunikacijske ploče sa slikama i simbolima kako bi mogli izraziti svoje potrebe i želje. Ukoliko osoba nema mogućnosti pokazivanja, ona može koristiti snop svjetlosti iz baterije (smještene na glavi). Uspješnost ove metode vidi se u tome što osobe lakše nauče komunicirati te spontano počnu koristiti govor uz znakovni jezik (Davison i Neale, 2002).

9.4. Podučavanje pomoću računala

Prema Davison i Neale (2002) vizualne i auditivne komponente pomažu pri održavanju pažnje kod djece s poteškoćama. Osim toga, računalo može biti od pomoći i pri zadovoljenju potrebe djeteta jer se radi o brojnim ponavljanjima prikazanog sadržaja koji neće dijete učiniti nestrpljivim niti će mu sadržaj postati dosadan. Ovi se programi pokazuju puno bolji od tradicionalnih programa za podučavanje djece s intelektualnom onesposobljenosti pri učenju slovanja, korištenja novcem, konzervaciji brojeva, čitanju tekstova, prepoznavanju riječi, rukopisa i vizualne diskriminacije.

9.5. Terapija medikamentima

Kako navodi Došen (2005), u svakodnevnoj praksi često nailazimo isključivo na primjenu medikamentozne terapije. Najčešće se radi o primjeni neuroleptika i sedativa u visokim dozama i tijekom dugog razdoblja. Učinak je takve terapije najčešće nezadovoljavajući jer neadekvatno doziranje i prolongirana upotreba ove medikacije potencira mogućnost nastanka nepoželjnih nuspojava.

10. INTELEKTUALNA ONESPOSOBLJENOST U ODRASLOJ DOBI

Smatra se da nezaposlenost uzrokuje socijalnu izolaciju te nedostatak samopouzdanja pa i samopoštovanja nezaposlenih osoba, nemogućnost vršenja utjecaja na moguće društvene promjene, ekonomsku ovisnost o drugima (najčešće državi). Podskupina nezaposlenih osoba s intelektualnim teškoćama u Republici Hrvatskoj razlikuje se u odnosu na osobe s invaliditetom drugih vrsta oštećenja jer prosječno imaju manje radnog staža i duže su nezaposlene (Kiš-Glavaš i sur., 2008). S ciljem utvrđivanja postoje li statistički značajne razlike s obzirom na spol, Rački (1995) je proveo istraživanje na uzorku u kojem su bile 74 osobe, oba spola, u dobi od 19 do 41 godine, s nižom stručnom spremom, tj. osposobljene za obavljanje poslova niske složenosti i repetitivnog karaktera. Utvrđeno je da postoje određene razlike među njima s obzirom na spol. Dobiveno je da su osobe ženskog spola općenito u nepovoljnijem položaju. Na preostalim varijablama takve razlike nisu utvrđene pa je moguće govoriti i o tom da su nezaposlene muške i ženske osobe s lakom mentalnom retardacijom u nekim svojim radnim i socijalnim obilježjima više slične, negoli različite. Poznato je da upravo u osoba s intelektualnim teškoćama najviše pada razina stečenih profesionalnih znanja i vještina tijekom vremena nezaposlenosti, a time objektivno i njihova konkurentnost na tržištu rada te da su, prema procjeni poslodavca najnepoželjniji potencijalni zaposlenici s invaliditetom, iz čega proizlazi da je potrebno poduzeti dodatne mjere s ciljem povećanja zapošljavanja upravo te skupine osoba s invaliditetom. Dakle, uobičajene mjere kojima se potiče zapošljavanje osoba s invaliditetom nisu dovoljne u smislu poticanja zapošljavanja osoba s intelektualnim teškoćama. Kramarić (2010; prema Poredoš-Lavor i Radišić, 2011) navodi kako skrb za mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama svugdje u svijetu, pa tako i kod nas, najčešće zaostaje za skrbi prema drugim bolesnicima, čak i u odnosu na skrb za psihijatrijske bolesnike. Specifičnost osoba s intelektualnim teškoćama jest ta da četiri puta češće imaju psihičke poremećaje poput psihoza, ovisnosti i poremećaja osobnosti te da u skrbi za njih nužno mora sudjelovati velik broj različitih specijaliziranih stručnjaka. Na uzorku od 89 odraslih osoba s intelektualnim teškoćama Teodorović, Levandovski i Mišić (1993) primijenili su Skalu procjene kompetentnosti u cilju utvrđivanja razine usvojenosti opće kompetentnosti (pojam koji obuhvaća praktičnu, socijalnu i kognitivnu kompetentnost). Ispitane su razlike između skupina ispitanika s obzirom na spol. Iako je utvrđena relativno zadovoljavajuća opća razina usvojenosti kompetentnosti, izdvajaju se specifične teškoće u osobnoj higijeni, svakodnevnim aktivnostima, prostornoj i vremenskoj orijentaciji te socijalnom ponašanju. Dobivena je značajna razlika u korist ispitanika ženskog spola te se

pretpostavlja da proizlazi iz postojećih zahtjeva kulturne sredine i odgojnih utjecaja. Utvrđene specifične poteškoće upućuju na potrebu da se i u odrasloj dobi programirano djeluje na usavršavanje stečenih i usvajanje novih znanja i vještina radi podizanja razine opće kompetentnosti osoba s intelektualnim teškoćama.

Kako navode Bratković i Rozman (2007), u mnogim zemljama Zapadne Europe skrb za mentalno zdravlje osoba s mentalnom retardacijom u brzom je razvoju. U pojedinim zemljama (npr. Engleska, Nizozemska) postoje specijalizirane psihijatrijske klinike. U tim su zemljama, kao i u nekim drugima (npr. SAD), unutar postojećih psihijatrijskih instituta otvoreni specijalizirani odjeli za ove osobe.

U raznim zemljama izvan specijalističkih medicinskih ustanova postoje servisi za pomoć osobama s teškoćama, koji rade na polikliničkom ili ambulantnom principu. Pored razvoja direktne skrbi o mentalnom zdravlju osoba s mentalnom retardacijom, potrebno je raditi na izobrazbi stručnjaka koji će doprinijeti poboljšanju kvalitete života osoba s intelektualnim teškoćama (Došen, 2005).

11. ZAKLJUČAK

U današnje vrijeme prisutan je sve veći broj djece sniženih intelektualnih sposobnosti u odgojno-obrazovnom sustavu. Teškoće se često otkrivaju tek polaskom u školu gdje se, na temelju opservacije, određuju primjereni oblici školovanja. Društvo još uvijek nije dovoljno senzibilizirano za rad s djecom i mladima s teškoćama u razvoju. Osobe s intelektualnim teškoćama diljem Europe i svijeta stigmatizirane su i suočavaju se sa značajnim preprekama u ostvarivanju svojih temeljnih prava. Diskriminacija je vidljiva i u Hrvatskoj. Obrazovanje se najvećim dijelom provodi u segregirajućim uvjetima te se uglavnom samo djeca s lakim intelektualnim teškoćama školuju u redovitim uvjetima. Nadalje, ograničen im je pristup tržištu rada, a poslodavci nisu senzibilizirani za zapošljavanje osoba s intelektualnim teškoćama pa je, bez obzira na zapošljavanje uz potporu, broj zaposlenih prilično malen. Veći dio osoba s intelektualnom onesposobljenosti živi u instituciji s vrlo rigidnim sistemom koji nameće depersonalizaciju. Socijalna isključenost koju doživljavaju niti je njihov izbor, niti je njihovo pravo. Modele skrbi, kojima je obuhvaćena većina njih, potrebno je mijenjati zbog brojnih nepovoljnosti za njih, a razvijati socijalni model, odnosno, model skrbi u zajednici. Budućnost leži u potpunom prihvatanju različitosti, aktivnom otklanjanju prepreka, senzibiliziranju zajednice za prihvatanje, inkluzivnom pristupu u rehabilitaciji i u obrazovanju, potpori obiteljima, sustavnom analiziranju i praćenju potreba.

12. LITERATURA

1. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: APA.
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: APA.
3. Bančić, S. (1982). *Povijesna građa o zaštiti, odgoju i obrazovanju mentalno retardiranih u Hrvatskoj do 2. svjetskog rata*. Zagreb: Savez društva za pomoć mentalno retardiranim osobama u SRH.
4. Barišić, I. (2005). Racionalna evaluacija genetičkih uzroka mentalne retardacije, *Racionalna dijagnostika nasljednih i prirođenih bolesti*. Zagreb: Medicinska naklada, 41 – 50.
5. Baurin, C., Nader-Grosbois, N. (2013). Theory of mind, socio-emotional problem solving, socio-emotional regulation in children with intellectual disability and in typically developing children. *Journal of autism and developmental disorders*. 43(5), 1080-1097. doi 10.1007/s10803-012-1651-4
6. Begić, D. (2014). *Psihopatologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
7. Boström, P.K., Broberg, M., Hwang, P. (2009). Parents' descriptions and experiences of young children recently diagnosed with intellectual disability. *Child Care Health Dev*. 36(1). 93-100.
8. Bratković, D., Rozman, B. (2007). Čimbenici kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 42 (2), 101-112.
9. Carretti, B., Belacchi, C., Cornoldi, C. (2010). Difficulties in working memory updating in individuals with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*. 54(4), 337-345. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01267.x.
10. Davison, G. C., Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Slap
11. Došen, A. (1994). Psihijatrijski poremećaji djece i mladeži s mentalnom retardacijom. *Defektologija*, 30(2), 169 – 185.
12. Došen, A. (2005). Mentalno zdravlje djece s mentalnom retardacijom. *Medicina*, 42(41), 101-106.

13. Farago, E., (2007). Glas djece s mentalnom retardacijom i Downovim sindromom. *Govor*, 24(1), 15-29.
14. Jurić, H. (2009). *Etički okvir za promišljanje problema osoba s intelektualnim teškoćama*. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
15. Kocijan-Hercigonja, D. (2000). *Mentalna retardacija. Biologijske osnove, klasifikacija i mentalno - zdravstveni problemi*. Jastrebarsko: Naklada Slap
16. Mamić, D., Fulgosi-Masnjak, R. (2014). Psihički poremećaji i socijalna zrelost djece i mladih s poremećajima iz autističnog spektra i djece i mladih s većim intelektualnim teškoćama. *Socijalna psihijatrija*. 42, 21-35.
17. Memišević, H., Sinanović, O. (2014). Executive function in children with intellectual disability-the effects of sex, level and aetiology of intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*. 58(9).
18. Not, T. (2003). Mentalna retardacija: definicija, klasifikacija i suvremena podrška osobama s intelektualnim poteškoćama. *Nova prisutnost*, 6(3), 339 – 351.
19. Oubrahim, L., Combalbert, N. (2019). Behaviour problems in people with intellectual disabilities: Validation of the french version of the behaviour problems inventory – short form. *Journal of Intellectual Disability Research*. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01506.x
20. Poredoš-Lavor, D., Radišić, N. (2011). Otežana životna prilagodba osobe s intelektualnim teškoćama i poremećajem u ponašanju. *Policijska sigurnost*. 20(4), 609-615.
21. Rački, J. (1995). Nezaposlene osobe s lakom mentalnom retardacijom. *Defektologija*. 31(1-2), 135-142.
22. Schuchardt, K., Gebhardt, M., Mäehler, C. (2010). Working memory functions in children with different degrees of intellectual disability. 54(4), 346-353.
23. Scotland, J.L. Cossar, J., McKenzie, K. (2015). The ability of adults with an intellectual disability to recognise facial expressions of emotion in comparison with typically developing individuals. *Research in developmental disabilities*. 41, 22-39. doi: 10.1016/j.ridd.2015.05.007.
24. Scotland, J.L., Cossar, J., McKenzie, K., Murray, A.L. (2016). Recognition of facial expressions of emotion by adults with intellectual disability. Is there evidence for the

emotion specifity hypothesis. *Research in develepmental disabilities*. 48, 69-78. doi: 10.1016/j.ridd.2015.10.018

25. Sekušak, S. (1991). Struktura kognitivnih sposobnosti djece i adolescenata s umjerenom, težom i teškom mentalnom retardacijom i nepoželjnim oblicima ponašanja. *Defektologija*. 28(2), 79-91.
26. Sekušak-Galešev, S. (2010). Psihološki pregled osoba s intelektualnim teškoćama. *Socijalna psihijatrija*, 38(2), 115-121.
27. Soudil-Prokopec, J. (2015). Intelektualne teškoće i teškoće učenja. *Učimo zajedno. Priručnik za pomoćnike u nastavi za rad s djecom s teškoćama u razvoju*, 69 – 72.
28. Teodorović, B., Levandovski, D., Mišić, D. (1993). Kompetentnost odraslih osoba s mentalnom retardacijom. *Defektologija*. 30(1), 67-83.
29. Vicari, S., Constanzo, F., Menghini, D. (2016). Memory and learning in intellectual disability. *International review of research in developmental disabilities*. 50, 119-148.
30. Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
31. Zaja, R., Rojahn, J. (2008). Facial emotion recognition in intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(5), 441-444.
32. Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru.
33. Zuliani, Đ., Juričić, I. (2012). Socijalizacija djeteta s mentalnom retardacijom u predškolskoj ustanovi. *Metodički obzori*, 7(1), 17 – 30.